

※太線枠内は加入者をご記入ください。※組合員・事業主自署は押印省略可、押印は組合員氏名事業主氏名横(電子印鑑・スタンプ印不可)
※資格を喪失したときは資格確認書を交付されている方は資格確認書を必ずご返還ください。資格喪失後の受診については保険給付分を返還いただきます

(交付されている証書に○)

*組合員喪失で新組合員又は続柄が変更になる場合に記入してください。

上記のとおり資格喪失の届出をいたします。
「個人情報(含、特定個人情報)の取扱について」
を確認し同意いたします。

組合員住所 台東区寿〇-〇-〇(自宅住所)

組合員氏名 東食 太郎

[illegible]

事業主氏名 東食 太郎

東京食品販売国民健康保険組合 殿

資格確認書を返納できませんが喪失後の診療については貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

1. 必要 2. 不要 保障

(どちらかに○)

更正領収書	
必要	不要
月分	

扱 者

受 付 印